

Date de l'actualisation :

1. L'étudiant

NOM(naissance) /**Prénom** :

Date Naissance : Année ECN* :

Adresse Mail :

Inscrit(e) dans le DES de :

UFR de rattachement : Filière :

**Pour les étudiants en Pharmacie inscrits en DES de Biologie Médicale= année du concours de l'internat*

**Pour les étudiants en Odontologie inscrits en DES de Chirurgie Orale= année du concours de l'internat*

2. L'Unité de Formation et de Recherche

Référent pédagogique, Coordonnateur local de la spécialité*

Prénom NOM :

Adresse Mail :

Commission locale de coordination du DES :

Date de l'avis :

**Coordonnateur interrégional pour le DES de Chirurgie orale*

Directeur de l'UFR de rattachement

Le Doyen de la Faculté de

Date de la signature :

Phase socle : projet professionnel

Cette partie est à compléter au fur et à mesure de l'élaboration du projet de l'étudiant

Date prévue de fin de DES : CESP en cours : OUI NON
Option précoce :

Mode(s) d'exercices envisagé(s)

- HOSPITALIER : AMBULATOIRE : MIXTE
 Public Centre municipal
 Privé Cabinet
 Mixte publique/privé Maison de Santé

Types(s) d'activité(s) souhaité(s)

- SOINS⁽¹⁾ ENSEIGNEMENT RECHERCHE MANAGEMENT NON déterminé
 AUTRE :

⁽¹⁾ Inklus les activités cliniques, radiologiques et biologiques

Zone(s) géographique(s), site(s) d'activité souhaité(s)

Type(s) d'activité(s) envisagée(s) (Plusieurs options possibles)

- URBAINE SEMI-RURALE RURALE NON déterminé

Description de la pratique envisagée (quantité de temps travaillé, ratio de temps entre les activités, etc...)

Un parcours de recherche est-il envisagé ? Si oui, dans quel domaine

NIVEAU	DOMAINE	ANNÉE de réalisation prévue
<input type="checkbox"/> Master :		
<input type="checkbox"/> Doctorat :		

Disposition particulière envisagée (projet de disponibilité, compétences additionnelles, option ou FST...)

DISPONIBILITÉ : 6 mois 12 mois

- OPTION :
 FST :
 AUTRE :

Avis du coordonnateur local et/ou de la commission locale*

(* interrégional pour le DES de Chirurgie orale)

Cohérence du projet :

OPTION

FST recommandée :

Pertinence du projet dans son intégration à l'offre de soins territoriale :

Éventuelle proposition de CESP : OUI NON

Phase approfondissement : parcours de formation et objectifs pédagogiques

Formation hors stage

Le cas échéant, modules complémentaires disponibles sur la PND à suivre :

Complément(s) éventuel(s) de formation dans le cadre du DES et, le cas échéant, de l'option ou de la FST :

Formation en stage (Les stages à réaliser en priorité sont ceux prescrits par la maquette du DES et, le cas échéant, de l'option ou de la FST ; leur relevé figure dans le portfolio)

Stages pertinents à réaliser dans la phase d'approfondissement, dans le cadre de la réalisation du projet de l'étudiant :

Stages HORS SUBDIVISION ou HORS RÉGION à réaliser :

Stages À L'ÉTRANGER pertinents dans le cadre de la réalisation du projet de l'étudiant :

Travaux

Thèse d'exercice médicale :

Titre : _____

Directeur : _____

Mémoire de DES (si en plus de la thèse) :

Titre : _____

Directeur : _____

Phase de consolidation (sans objet pour le DES de Médecine générale) :

Date

Actes, compétences à parfaire

Ajustements du parcours proposés

Hors soins (laboratoire, cours-tutorat, management-représentation, comptabilité-logistique...) :

Avis du coordonnateur local et/ou de la commission locale*

(* interrégional pour le DES de Chirurgie orale)

**COHÉRENCE DU
PROJET :**

FAISABILITÉ :

Phase consolidation : travaux, post-DES et insertion professionnelle

Travaux complémentaires optionnels :

Thèse d'exercice médicale :

Titre : _____
Directeur : _____ Date d'obtention : _____ Lieu : _____

Mémoire de DES (si en plus de la thèse) :

Titre : _____
Directeur : _____ Date d'obtention : _____ Lieu : _____

Master 2

Titre : _____
Directeur : _____ Date d'obtention : _____ Lieu : _____

Article(s) :

Titre : _____
Auteurs : _____ Réf. PUBMED : _____

Titre : _____
Auteurs : _____ Réf. PUBMED : _____

Titre : _____
Auteurs : _____ Réf. PUBMED : _____

Titre : _____
Auteurs : _____ Réf. PUBMED : _____

Titre : _____
Auteurs : _____ Réf. PUBMED : _____

Projet de fin de DES : Activité envisagée sur les 3 ans post-DES (mettre le numéro de l'année en dessous du poste) :

CCA Installation Exercice Mixte libéral-salarié Poste contractuel/AUMG PH Assistant des hôpitaux Assistant partagé CCU-MG Poursuite parcours recherche

AUTRE, préciser : (Administration, agences etc.) : _____

PROJET de thèse d'Université :

Commentaire libre :

Signature et tampon du coordonnateur local*

Signature de l'étudiant

* interrégional pour le DES de Chirurgie orale

Conformément au règlement 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, à la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection personnelle et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'étudiant donne son accord pour l'exploitation des données contenues dans le présent contrat.